

告示番号		47		慢性腎疾患		()		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈新規申請用〉		1/2	
病名		22 慢性尿管間質性腎炎（尿路奇形が原因のものを除く。）								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな				(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)									
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
現在の身長・体重		身長 (測定日)		cm (SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
就学・就労状況		就学前 ・ 小中学校(通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級) ・ 特別支援学校(小中学部 ・ 専攻科を含む高等部) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校／専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ()											
手帳取得状況		身体障害者手帳		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)						療育手帳		なし ・ あり	
		精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)				なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)							
現状評価		治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能						運動制限の必要性		なし ・ あり			
		人工呼吸器等装着者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当				する ・ しない ・ 不明	
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg											
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見：[いいえ ・ はい ・ 不明]											
症状	全身	高血圧：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 蛋白尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]											
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 虹彩毛様体炎：[なし ・ あり]											
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か：[投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である] 症状 (その他)：()											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載													
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg											
診断		学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見：[いいえ ・ はい ・ 不明]											
症状	全身	高血圧：[なし ・ あり] 浮腫：[なし ・ あり]											
	腎・泌尿器	血尿：[なし ・ あり] 蛋白尿：[なし ・ あり] 腎機能低下：[なし ・ あり]											
	眼	ぶどう膜炎：[なし ・ あり] 虹彩毛様体炎：[なし ・ あり]											
	その他	ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か：[投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である] 症状 (その他)：()											
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載													
尿検査		血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 赤血球数：() 個／視野 蛋白尿：[なし ・ あり] 尿中蛋白量：()mg/dL 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：() 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L ・ 未実施 白血球尿：[なし ・ あり] 白血球数：() 個／視野 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：() ・ 未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施]											
血液検査		血清総蛋白：()g/dL 血清アルブミン：()g/dL BUN：()mg/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 血清シスタチンC：()mg/L ・ 未実施 血清尿酸：()mg/dL 血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L 血清Ca：()mg/dL 血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL CRP：()mg/dL 抗核抗体：() 倍 ・ 未実施 抗dsDNA抗体：()IU/mL ・ 未実施 MPO-ANCA：()IU/mL ・ 未実施 PR3-ANCA：()IU/mL ・ 未実施 抗SS-A (／Ro) 抗体：()U/mL ・ 未実施 抗SS-B (／La) 抗体：()U/mL ・ 未実施											
血液ガス分析		pH：() ・ 未実施 HCO ₃ ⁻ ：() ・ 未実施 BE：() ・ 未実施 anion gap：() ・ 未実施											
画像検査		超音波検査 (腎・尿路)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	47	慢性腎疾患（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書（新規申請用）				2/2
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
眼科学的検査	眼科学的検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ ）					
検査所見（申請時） ※直近の状況を記載						
尿検査	血尿：[なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿] 赤血球数：（ ）個／視野 蛋白尿：[なし ・ あり] 尿中蛋白量：（ ）mg/dL 尿蛋白量／尿中クレアチニン比：（ ） 尿中β ₂ ミクログロブリン：（ ）μg/L・未実施 白血球尿：[なし ・ あり] 白血球数：（ ）個／視野 尿中カルシウム／尿中クレアチニン比：（ ）・未実施 尿pH：（ ） アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施]					
血液検査	血清総蛋白：（ ）g/dL 血清アルブミン：（ ）g/dL BUN：（ ）mg/dL 血清クレアチニン：（ ）mg/dL 血清シスタチンC：（ ）mg/L・未実施 血清尿酸：（ ）mg/dL 血清Na：（ ）mEq/L 血清K：（ ）mEq/L 血清Cl：（ ）mEq/L 血清Ca：（ ）mg/dL 血清P：（ ）mg/dL 血清Mg：（ ）mg/dL CRP：（ ）mg/dL 抗核抗体：（ ）倍・未実施 抗dsDNA抗体：（ ）IU/mL・未実施 MPO-ANCA：（ ）IU/mL・未実施 PR3-ANCA：（ ）IU/mL・未実施 抗SS-A（／Ro）抗体：（ ）U/mL・未実施 抗SS-B（／La）抗体：（ ）U/mL・未実施					
血液ガス分析	pH：（ ）・未実施 HCO ₃ ⁻ ：（ ）・未実施 BE：（ ）・未実施 anion gap：（ ）・未実施					
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
眼科学的検査	眼科学的検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）					
検査所見（その他）	検査所見（その他）：（ ）					
その他の所見（申請時） ※直近の状況を記載						
合併症	感染症の合併：[なし ・ あり] 詳細：（ ）					
	TINU症候群：[なし ・ あり] サルコイドーシス：[なし ・ あり] シェーグレン症候群：[なし ・ あり] 合併症（その他）：（ ）					
既往歴	急性尿管壊死・腎虚血の既往：[なし ・ あり] 発症年月日：（ 年 月 日 ） その際の透析療法の有無：[なし ・ あり] 実施日：（ 年 月 日 ）					
本症の原因	誘因と考えられる使用薬剤：[なし ・ あり ・ 不明] 詳細：（ ）					
経過（申請時） ※直近の状況を記載						
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 生物学的製剤：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 球形吸着炭：[なし ・ あり] その他：（ ）					
血液浄化	腹膜透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：（ 年 月 ） 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施] 導入年月：（ 年 月 ）					
移植	腎移植：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 先行的腎移植：[なし ・ あり] 生体腎移植：[なし ・ あり]					
治療	治療（その他）：（ ）					
今後の治療方針	今後の治療方針：（ ）					
	治療見込み期間（入院） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ） 治療見込み期間（外来） 開始日：（ 年 月 日 ） 終了日：（ 年 月 日 ） 通院頻度 （ ）回／月					
	学校生活管理指導表の指導区分：[A ・ B ・ C ・ D ・ E] 成長ホルモン治療申請の有無：[なし ・ あり]					
医療機関・医師署名						
上記の通り診断します。						
医療機関名 記載年月日 年 月 日						
医療機関住所 診療科 医師名 (印)						
小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ）						